

NUMBER REUSE INDICATOR	LANG	CATEGORY	SNAP SUFFIX	SUFFIX	DISTRICT	VERS	REGISTRY NUMBER	CASE NUMBER	SERV. IND	CASE TYPE	WORKER ID	UNIT ID	APPLICATION DATE	CENTER/OFFICE	
SERVICES TRANSACTION TYPE <input type="checkbox"/> NEW OPENING <input type="checkbox"/> REOPEN <input type="checkbox"/> RECERTIFICATION 02 10 06					DISPOSITION <input type="checkbox"/> DENIAL <input type="checkbox"/> REASON CODE <input type="checkbox"/> WITHDRAWAL			EFFECTIVE DATE	CASE NAME						
DATE	SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION				FORM _____ OF _____	DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):			DATE	ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):				
<input type="checkbox"/> SOCIAL SERVICES DISTRICT <input type="checkbox"/> PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____										EMPLOYED BY:	DATE RECEIVED BY AGENCY				
SERVICES AUTHORIZATION PERIOD			SNAP AUTHORIZATION PERIOD				MA AUTHORIZATION PERIOD			PA AUTHORIZATION PERIOD					
TO		FROM	TO		FROM		TO	FROM		TO		FROM			

طلب الحصول على بعض مخصصات وخدمات ولاية نيويورك

إذا كنت مصابًا بالعمى أو تعاني من إعاقة كبيرة في الرؤية، وتحتاج لتلقي هذا الطلب بصيغة بديلة، فيمكنك طلبه بهذه الصيغة من دائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك. للحصول على معلومات إضافية متعلقة بأنواع الصيغ المتوفرة وكيف يمكنك طلب الحصول على الطلب بصيغة بديلة، راجع كتاب التعليمات (PUB-1301 Statewide) المتوفر على www.otda.ny.gov أو <https://www.health.ny.gov>

إذا كنت كفيفًا أو تعاني من إعاقة بصرية خطيرة،

هل تفضل استلام الإشعارات الخطية بصيغة بديلة؟
 نعم لا

إذا اخترت "نعم"، فحدد نوع الصيغة المفضل لديك:

نسخة بخط كبير قرص بيانات مضغوط

قرص صوتي مدمج الطباعة بطريقة برايل، إذا أكدت أن أيًا من

الصيغ البديلة الأخرى لن تكون فعالة بنفس الدرجة بالنسبة لك.

إذا كنت بحاجة لمكان إقامة آخر، فيرجى الاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك.

ونحن ملتزمون بمساعدتك ودعمك بطريقة مهنية ومحترمة. تتحمل مسؤولية المشاركة في أنشطة بما في ذلك أنشطة العمل لبرنامج التغذية التكميلية المعونة وبرنامج المعونة العامة، عند الاقتضاء، حتى تصبح متمتعًا باكتفاء ذاتي. حيثما وردت "المعونة العامة" في الطلب، فهي تعني "المعونة العائلية" و/أو "معونة شبكة الأمان". فنحن نطلق على البرنامجين "المعونة العامة". يهدف برنامجا المعونة العامة المشار إليهما إلى مساعدتك فقط حتى يكون بإمكانك دعم نفسك وأسرته تمامًا. **يرجى الرجوع إلى كتاب التعليمات (PUB-1301 Statewide) وكتب "ما يجب عليك معرفته" 1 و 2 و 3، (LDSS-4148A و LDSS-4148B و LDSS-4148C) عند استكمال هذا الطلب، والاتصال بمنطقة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك بشأن أي سؤال.**

عندما تشاهد "MA" على الطلب، فهي تعني برنامج "Medicaid". لا يمكنك التقدم بطلب برنامج "Medicaid" باستخدام هذا الطلب إلا في حالة قيامك بطلب برنامج "المعونة العامة" أو "برنامج المعونة الغذائية التكميلية" في آن واحد. إذا كنت ترغب في التقدم بطلب برنامج Medicaid، يمكن الانتقال إلى موقع <https://nystateofhealth.ny.gov> على الإنترنت و/أو الاتصال بـ 1-855-355-5777 للحصول على معلومات حول تقديم الطلب أو يمكنك طلب ورقي لبرنامج Medicaid فقط - نموذج DOH-4220 الذي يمنحه لك الموظف أو الاتصال بخط مساعدة Medicaid على الرقم 1-800-541-2831. إذا كنت تريد التقدم بطلب برنامج Medicare الإلخاري (MSP)، يتعين عليك التقدم بطلب باستخدام النموذج DOH-4328 الذي يوفره لك الموظف. إذا كنت بحاجة سريعة إلى خدمات الرعاية الشخصية، يجب التقدم بطلب برنامج Medicaid بصورة منفصلة باستخدام نموذج طلب برنامج Medicaid "DOH-4220".

ممنوع الكتابة في المناطق المظللة من هذا الطلب

LDSS-2921-AR Statewide (20/7 تحديث)

<p>القسم الأول</p> <p>تحديد كل برنامج تريد أنت أو أي عضو في أسرتك التقدم بطلبه</p>		<p>المعونة العامة (PA) □ رعاية الأطفال عوضاً عن PA □ برنامج التغذية التكميلية المعونة (SNAP) □ برنامج التغذية التكميلية المعونة (SNAP) □</p> <p>خدمات Medicaid (MA) و PA □ بما في ذلك الرعاية التربوية (FC) □ المعونة في رعاية الأطفال (CC) □ المعونة في حالات الطوارئ فقط (EMRG) □</p>	
<p>القسم الثاني</p> <p>ما هي لغتك الأساسية؟</p> <p>□ الإنكليزية □ غير ذلك (حدد)</p> <p>□ الإسبانية</p> <p>هل تريد استلام الإشعارات باللغة:</p> <p>□ الإنكليزية فقط □ الإنكليزية والإسبانية</p>		<p>القسم الخامس</p> <p>هل تنطبق أي من هذه الحالات عليك؟</p> <p>1 حامل □</p> <p>2 ضحية للعنف الأسري □</p> <p>3 تحتاج إلى إثبات النسب □</p> <p>4 تحتاج إلى نفقة الطفل □</p> <p>5 لديك مشكلة متعلقة بالمخدرات/الكحول □</p> <p>6 وقف الوقود أو الخدمات □</p> <p>7 لا يوجد لديك مكان للإقامة/مشرّد □</p> <p>8 حريق أو كارثة أخرى □</p> <p>9 ليس لديك دخل □</p> <p>10 لديك مشكلة طبية خطيرة □</p> <p>11 تواجه مشكلة تتعلق بالطرد لم يتم البت فيها □</p> <p>12 ليس لديك غذاء □</p> <p>13 تحتاج إلى رعاية تربوية □</p> <p>14 تحتاج لرعاية طفل □</p> <p>15 تعاني من مشاكل في اللغة الإنكليزية □</p> <p>16 تسهيلات معقولة □</p> <p>17 أخرى □</p>	
<p>القسم الثالث</p> <p>معلومات مقدم الطلب</p> <p>يرجى الكتابة بخط واضح</p>		<p>الاسم الأول</p> <p>الحرف الأول من الاسم الأوسط</p> <p>اسم العائلة</p> <p>رقم الهاتف</p> <p>الحالة الاجتماعية</p> <p>رمز المنطقة</p> <p>رقم الهاتف ()</p> <p>رمز المنطقة</p>	
<p>عنوان الشارع</p> <p>الشفقة رقم</p> <p>المدينة</p> <p>المقاطعة</p> <p>الولاية</p> <p>الرمز البريدي</p>		<p>عنوان البريد (إذا كان مختلفاً عن العنوان الموضح أعلاه)</p> <p>الشفقة رقم</p> <p>المدينة</p> <p>المقاطعة</p> <p>الولاية</p> <p>الرمز البريدي</p>	
<p>طرف/غاية (يتم تعبئتها إذا كنت تتلقى رسالة البريد غداية شخص آخر)</p>		<p>ما مدة إقامتك في عنوانك الحالي؟</p> <p>السنوات</p> <p>الاشهر</p> <p>هل هذا مأوى؟</p> <p>□ نعم □ لا</p> <p>هاتف آخر يمكن التواصل معك من خلاله</p> <p>الاسم</p> <p>رقم الهاتف ()</p> <p>رمز المنطقة</p>	
<p>كيفية الوصول إلى العنوان الحالي</p>		<p>العنوان السابق</p> <p>الشفقة رقم</p> <p>المدينة</p> <p>المقاطعة</p> <p>الولاية</p> <p>الرمز البريدي</p>	
<p>إذا لم يكن لديك منزل حالياً، فحدد هنا □</p>		<p>الوكالة التي تساعد مقدم الطلب/الشخص الذي يتم الاتصال به</p> <p>رقم الهاتف ()</p> <p>رمز المنطقة</p>	
<p>هل ترغب في الحفاظ على سرية جزء Medicaid الخاص بهذا الطلب والتلقي المحتمل لأي تغطية تابعة لـ Medicaid؟ □ نعم □ لا</p>			
<p>القسم الرابع – إذا كنت ستقدم طلباً للحصول على فوائد برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP): يمكنك تقديم الطلب في اليوم الذي تحصل عليه. لتقديم طلب إلى SNAP، يجب أن يتضمن على الأقل اسمك وعنوانك (إذا كان لديك عنوان) وتوقيعك أذناه. ويتعين عليك إكمال عملية تقديم الطلب، بما في ذلك توقيع الصفحة الأخيرة من الطلب والخضوع لمقابلة. في حالة استحقاقك، ستحصل على مخصصات SNAP التي تعود إلى تاريخ تقديم الطلب. يلزم إخبارك خلال 30 يوماً من تاريخ تقديم طلبك للحصول على مخصصات SNAP، ما إذا كان طلبك قد تمت الموافقة عليه أو رفضه. إذا كان دخل أسرتك قليلاً أو ليس لديها دخل، أو كان عبارة عن موارد سائلة، أو إذا كانت مصاريف الإيجار والخدمات الخاصة بك تزيد عن دخلك ومواردك السائلة، فقد تكون مستحقاً للحصول على مخصصات SNAP خلال خمسة أيام تقويمية من تاريخ التقديم. إذا كنت مقيماً في مؤسسة وتقدم طلباً للحصول على مخصصات دخل الضمان التكميلي (SSI) و SNAP قبل أن تغادر المؤسسة، فإن تاريخ تقديم الطلب هو تاريخ مغادرتك للمؤسسة.</p>			
<p>توقيع ممثل/مقدم طلب SNAP</p>		<p>تاريخ التوقيع</p>	

ENTER APPROPRIATE CODES									CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	القسم السابع - العرق/الأصل الإثني - تقديم هذه المعلومات غير إلزامي. لن تؤثر على أهلية الشخص الذي سيقدم الطلب أو مستوى المخصصات التي يحصل عليها. يمكن الغرض من طلب هذه المعلومات في ضمان توزيع مخصصات البرنامج بغض النظر عن العرق أو اللون أو المنشأ.							LN
EL	CI	EM	LA	SI	MS	SFUI	SSN	REL		من أصول إسبانية أو لاتينية أمريكي أصلي أو من سكان الإسكا الأصليين أسوي أمريكي أسود أو أفريقي سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادي أبيض غير معروف (المعونة الطبية فقط)	H I A B P W U	↓					
أدخل Y (نعم) أو N (لا) بالنسبة للأفراد من أصول إسبانية أو لاتينية																	
أدخل Y (نعم) أو N (لا) لكل عرق																	
U	W	P	B	A	I	H											
													01				
													02				
													03				
													04				
													05				
													06				
													07				
													08				
IN FILE	DOCUMENTATION	REQUESTED	CONSIDER							RELATED CASE NUMBERS	CASE TYPE	ANTICIPATED FUTURE ACTION					
	Photo ID		Relationship ✓									DATE CODE LINE NO.					
	Birth Verification		Filing Unit ✓									SERVICE ELIGIBILITY PROCESS CODE					
	Marriage License		Legally Responsible Relative ✓									CODE	SFUI	CODE	SFUI		
	Social Security Card		Single Economic Unit ✓									CODE	SFUI	CODE	SFUI		
	Code 9 Resolution		SNAP Household Composition ✓														
	Immigration Status		SNAP Aged/Disabled Individual ✓														
	Multi-Suffix/Co-op Case Notice (Single Economic Unit Questionnaire)		Photo ID ✓														
			AFIS (PA Only) ✓														
			CBIC/PIN ✓														
			RFI/OCA ✓														
			Health Insurance ✓														
										COMPLETED	REFERRALS	NEEDED					
											Legal						
											Services						
											SSA						
											NYSoH						
											Chronic Care/SSI-Related						
											MA-Only						
											Medicare Savings Program						

القسم 10- المعلومات المتعلقة بالإحالة إلى وحدة إعالة الأطفال

إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على مساعدة رعاية أطفال فقط، عندئذٍ لست بحاجة إلى مواصلة إعالة الطفل ولا يلزم عليك ملاً هذا القسم. إذا كنت تتقدم بطلب للتمتع بمخصصات برنامج Medicaid فضلاً عن المعونة العامة أو برنامج المعونة الغذائية التكميلية، فقد يتوجب عليك مساعدتنا في الحصول على الدعم الطبي الخاص بك وبأطفالك المقدمين. أجب عن الأسئلة التالية لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى إكمال هذا القسم. بما في ذلك نفسك، حسب الاقتضاء:

- هل تتقدم بطلب لفرد دون عمر 21 عامًا وتمت ولادته دون علاقة زواج شرعية ولم يثبت بعد نسبه الشرعي (أي الأبوة القانونية)؟ نعم لا
- هل تتقدم بطلب لفرد دون عمر 21 عامًا ووالده (والدته) متغيب (ولي أمر غير وصي)؟ نعم لا

أنت لا تحتاج إلى إكمال هذا القسم إذا أجبت "لا" لكلا السؤالين. الانتقال إلى القسم 11.

تحتاج إلى إكمال هذا القسم إذا أجبت "بنعم" لسؤال أو كلا السؤالين. قدم أسماء جميع الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا وقمت بتقديم طلبات خاصة بهم وأية معلومات تمتلكها الآن عن هؤلاء الأفراد "أولياء أمور لا يملكون حضانة أو آباء مزعومين.

- هل أنت تحت عمر 21 عامًا؟ نعم لا

إذا أجبت "بنعم" على هذا السؤال، عندئذٍ قم بتوفير معلومات عن أولياء أمورك الذي يملكون حضانة أو آباء مزعومين.

كشروط للحصول على مساعدة، يلزم عليك تعيين بعض الحقوق ذات الصلة لتقديم الدعم، كما هو موضح في قسم الملاحظات والمهام والتراخيص، والموافقات في نهاية طلب التقديم. سيتم تزويدك بنموذج LDSS-5145، "معلومات عن خدمات إعالة الطفل وتقديم الطلبات/الإحالة لخدمات إعالة الطفل" لاستكمال والرجوع إلى وحدة إعالة الطفل. باستثناء حالات العنف الأسري أو بوجود سبب وجيه وكشروط للحصول على المعونة، يتعين عليك التعاون مع وحدة إعالة الطفل لتحديد ولي الأمر الذي يملك حضانة أو الوالد(ة) المزعوم؛ إثبات النسب الشرعي كل فرد تحت عمر 21 عامًا تمت ولادته دون وجود زواج شرعي؛ وإنشاء و/أو تعديل و/أو تنفيذ طلبات الدعم. سيتم تزويدك أيضًا بنموذج LDSS-4279، "إشعار المسؤولين والحقوق لتقديم الدعم"، والذي يشرح مسؤولياتك وحقوقك إذا كنت لا تتعاون مع وحدة إعالة الطفل.

IN FILE	DOCUMENTATION	REQUESTED
	Acknowledgement of Parentage or Paternity	
	Child Support Order	
	Good Cause Form (LDSS-4279)	
	IV-D Attestation (LDSS-4281)	
	Death Certificate	
	Divorce Decree	
	VA Benefits	
	Order Filiation/Paternity/Parentage	
	Birth Certificate	
COMPLETED	REFERRALS	NEEDED
	CTHP	
	CAP	
	Application/Referral for Child Support Services (LDSS-4882)	
	Parentage/Paternity	

CONSIDER

Child Health Plus	✓	Health Insurance of	✓
TASA	✓	Non-custodial Parent/Absent Spouse	
SSI/SSA	✓	Petition to Family Court	✓

رقم الضمان الاجتماعي لولي الأمر غير الوصي أو الوالد(ة) المزعوم	تاريخ ميلاد ولي الأمر غير الوصي أو الوالد(ة) المزعوم			اسم وعنوان ولي الأمر غير الوصي أو الوالد(ة) المزعوم	اسم الفرد دون 21 عامًا
	سنة	يوم	شهر		
					أ.
					ب.
					ج.
					د.
					هـ.

ممنوع الكتابة في المناطق المظلمة من هذا الطلب

LDSS-2921-AR Statewide (20/7) (تحديث)

الملغ/ القيمة وعدد المرات	الشخص	الملغ/ القيمة وعدد المرات	الشخص	لا	نعم	الخصومات: تتيح أنواع معينة من ميزانية برنامج Medicaid للمتقدمين/المتلقين إمكانية الحد من دخلهم المعدود مع الخصومات التي يتم تحصيلها منهم وفقاً للضرائب الفيدرالية. هذه بمثابة نفقات محددة حيث تتيح دائرة خدمات الإيرادات الداخلية للأشخاص إمكانية الخصم لتقليل دخلها الخاضع للضرائب. سجل الخصومات هنا فقط إذا كنت ستقدم مطالبة بشأنها في عائد الضرائب السنوي الحالي.
						1 نفقات المعلم
						2 خصم حساب التقاعد الفردي (IRA)
						3 خصم فائدة قرض الطالب
						4 الرسوم والمستحقات
						5 بعض النفقات التجارية (جنود الاحتياط والفنانين والمسؤولون الحكوميون المستندون على الرسوم)
						6 خصم حساب مدخرات الصحة
						7 نفقات الانتقال المتعلقة بالوظيفة
						8 ضريبة الجزء المقطوع من العمل الحر (S/E)
						9 S/E، خطط بسيطة ومختصة
						10 خصم التأمين الصحي S/E
						11 عقوبة السحب المبكر للمدخرات
						12 النفقة المدفوعة
						13 خصم أنشطة الإنتاج المحلي
						14 تعديلات إضافية مضافة في السطر 36 (نموذج IRS رقم 1040 فقط
						15 خصم حساب المدخرات الطبية في برنامج Archer
						تعديلات أخرى (يرجى التحديد)

القسم 16 - معلومات زوج الأم/زوجة الأب/ كفيل شخص غير مواطن يتمتع بوضع هجرة مقبول

أجب عن جميع الأسئلة الواردة أدناه.

COMPLETED	REFERRAL	NEEDED
	UIB	

الشخص؟	لا	نعم
هل لدى زوج الأم/ زوجة الأب لأي من الأطفال الذين يعيشون معك أي موارد دخل أو يتلقى دخلاً من أي نوع؟		
هل أي فرد من أهل بيتك غير مواطن ويتمتع بوضع هجرة مقبول وتمت كفالاته لدخول الولايات المتحدة؟		
اسم الكفيل:	رقم الهاتف:	
العنوان:		

القسم 17 - معلومات الوظيفة

IN FILE	DOCUMENTATION	REQUESTED
	CINTRAK/RFI/IRCS	
	1099	
	Employment Verification	
	Income Tax Return	
	Self-Employment Worksheet	
	Wage Stubs	
	Work Registration Form	
	Dependent/Child Care Form/Statement	
	Approval of Informal Child Care Provider	

COMPLETED	REFERRALS	NEEDED	CONSIDER
	CAP		✓ Limited English Proficiency
	Disability		✓ Earned Income Tax Credit (see PUB-4786)
	Employment		✓ Explaining Periodic Reporting Requirements
	TPHI/COBRA		✓ Net Loss of Cash Income
	UIB		✓ P.A.S.S. Income Amount and Sources
	Workers' Compensation		✓ Employment Sanctions
	Drug/Alcohol		✓ Temporary Employment
	Domestic Violence		✓ Disability Review
	Refugee Cash Assistance		✓ Individual Development Account (IDA)
			✓ Voluntary Quit

أنا حاليًا: موظف أعمل عملاً حرًا عاطل

إجمالي الدخل _____ بالدولار الأمريكي ساعات العمل في الشهر _____
 (مع كتابة كل الأجر والرواتب ومبلغ الوقت الإضافي والعمولات والإكراميات)
 استلام الأجر: أسبوعي كل أسبوعين شهري يوم استلام الأجر في الأسبوع: _____
 اسم صاحب العمل والعنوان: _____

1

رقم الهاتف _____

هل يوجد أي فرد آخر يعيش معك حاليًا: موظف أعمل عملاً حرًا

الشخص: _____

إجمالي الدخل _____ بالدولار الأمريكي ساعات العمل في الشهر _____
 استلام الأجر: أسبوعي كل أسبوعين شهري يوم استلام الأجر في الأسبوع: _____
 اسم صاحب العمل والعنوان: _____

2

رقم الهاتف _____

هل متوفر تأمين صحي من خلال صاحب العمل؟ نعم لا
 هل لدى أي فرد يعيش معك تأمين صحي من خلال صاحب عمل؟ نعم لا

3

الشخص: _____

اسم شركة التأمين: _____

هل أنت أو أي فرد يعيش معك مكلف بنفقات رعاية طفل أو معال بسبب الوظيفة؟ نعم لا

4

الشخص: _____

هل أنت أو أي فرد يعيش معك يمتلك مصروفات متعلقة بالوظيفة؟ نعم لا

5

الشخص: _____

CHILD/DEPENDENT CARE EXPENSES				
Care Provider	Age	Name	Amount	Who Pays
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	

إذا لم تكن موظفًا، فمتى كانت آخر مرة كنت فيها أو أي شخص يعيش معك موظفًا؟

الشخص: _____ التوقيت: _____

المكان: _____

لماذا توقفت (أو توقفوا) عن العمل؟

هل رفعت أنت أو أي شخص يعيش معك دعوى بسبب البطالة؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، من؟ _____ متى؟ _____

حالة الدعوى: مقبولة مرفوضة معلقة

هل أنت أو أي فرد يعيش معك مشترك في إضراب؟ نعم لا

7 الشخص: _____

توقيت بدأ الإضراب: _____

هل أنت أو أي فرد يعيش معك مهاجر أو مزارع موسمي؟ نعم لا

8 الشخص: _____

هل أنت أو أي بالغ آخر يعيش معك يعاني من حالات طبية تحد من قدرته على العمل أو نوع العمل الذي يمكن تأديته؟ نعم لا

9 الشخص: _____

اذكر القيود: _____

هل تستطيع قبول وظيفة اليوم؟ نعم لا

10 إذا كانت الإجابة لا، فما السبب؟ _____

ما نوع العمل الذي تفضل تأديته؟ _____

11 _____

القسم 18 - التعليم/ التدريب

ما هو أعلى مؤهل دراسي حصلت عليه؟

أقل من شهادة الثانوية

إذا كان الأمر كذلك، آخر مؤهل حصلت عليه؟ _____

استكمال خطة التعليم الفردي (IEP)

1 شهادة الثانوية العامة أو شهادة معادلة (GED) أو استكمال الثانوية لتقييم الاختبارات (TASC™)

الدرجة الجامعية (شهادة جامعية لمدة عامين)

درجة البكالوريوس (شهادة جامعية لمدة 4 أعوام) أو أعلى

هل حصل أي فرد آخر في أهل بيتك على شهادة الثانوية

العامة أو شهادة معادلة لها (GED) أو استكمال الثانوية

لتقييم الاختبارات (TASC) أو مؤهل عالي؟

لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، من: _____

2

الشهادة الحاصل عليها: _____

تاريخ التخرج: _____

الإفادة بما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك سيقدم طلبًا أو يحصل على مساعدة:

هل يوجد أحد مشترك أو كان مشتركًا في برنامج تدريبي؟

لا نعم

الشخص _____

3

المكان _____

البرنامج _____

مواعيد الحضور _____

مواعيد التخرج _____

هل يوجد شخص في سن 16 عامًا أو أكبر ويذهب للمدرسة أو الكلية؟

لا نعم

4

الشخص _____

المكان _____

هل يوجد شخص دون سن 16 عامًا ويذهب للمدرسة؟

لا نعم

الشخص _____

المدرسة _____

الشخص _____

المدرسة _____

COMPLETED	REFERRALS	NEEDED
	Supportive Services	

IN FILE	DOCUMENTATION	REQUESTED
	School Attendance Verification (LDSS-3708)	
	Educational Grant Worksheet	
	Child Care Statement	

NO	YES	CONSIDER
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the SNAP student eligibility requirement?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Is there a 16-19 year-old parent who does not have a high school or equivalency diploma and who is not attending school?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Is anyone in training?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are any other supportive services appropriate?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are there any training related expenses?

5

الشخص _____

المدرسة _____

الشخص _____

المدرسة _____

IN FILE	DOCUMENTATION	REQUESTED	القسم العشرون - معلومات طبية			
	Pregnancy Statement					الإفادة بما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك سيقدم طلبًا:
	Med/Psych Statement			لا	نعم	تمتلك فواتير طبية أو مصاريف متعلقة بشؤون طبية
	Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)					1 مدرج في برنامج Medicaid بميزة الإنفاق
	Drug/Alcohol Statement					2
	Paid or Unpaid Medical Bills		رقم البوليصه:			3 يمتلك تأمين صحي أو تأمين ضد الحوادث/المستشفيات (بما في ذلك تأمين من صاحب العمل)
	SSI Application Verification (PA ONLY)		المبلغ:			4 يمتلك تأمين صحي من خلال صاحب العمل
CONSIDER			عدد مرات الدفع:			5 يحصل على برنامج Medicare (البطاقة الحمراء والبيضاء والزرقاء)
	AD/SSI Related	✓	اسم شركة التأمين:			6 يمتلك مساعدين للتعاطي بالصحة/الصحة المنزلية
	SNAP Aged/Disabled Indicator	✓				7 مصاب بالعمى أو مريض أو يعاني من إعاقة
	SNAP Medical Deduction	✓	من المشمول:			8 طفل يعاني من إعاقة إنمائية
	TPHI Reimbursement	✓				9 كان موجود في مستشفى أو دار رعاية أو مؤسسة طبية أخرى
	Buy-In Eligibility	✓	تاريخ السريان:			10 سداد أو عدم سداد الفواتير الطبية خلال 3 أشهر التي تسبق الشهر المقدم فيه الطلب
	Kreiger (LDSS-3664)	✓				11 يتناول أو كان يتناول الكحول أو المخدرات
	Domestic Violence	✓				12 يحتاج رعاية شخصية
	SSI Referral	✓				13 يتمتع بدخل الضمان التكميلي (SSI) أو لم يقدم مطلقاً للحصول على دخل الضمان التكميلي (SSI)
	Earned Income Credit	✓				14 حامل إذا كنت حامل، ما هو موعد الولادة المقرر: _____ عدد المواليد المتوقع:
COMPLETED	REFERRALS	NEEDED	Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 17 asking if the applicant or any other adult who lives in the household have any medical conditions that limit their ability to work or the type of work that they can perform?			
	SSI (D-CAP)					15 يتلقى العلاج من برنامج لمكافحة تعاطي المخدرات أو لإدمان الكحول
	Disability Interview (LDSS-1151)					16 لم يكن قادرًا على العمل لمدة 12 شهرًا على الأقل بسبب إعاقة أو مرض
	Medical Report (LDSS-486, 486t)					17 يقوم بأنشطة يومية محدودة بسبب إعاقة أو مرض استمر أو سيستمر لمدة 12 شهرًا على الأقل
	Disability Report					18 هل أصيب في حادثة سيارة أو حادثة عمل في العامين المنصرمين
	AD					19 كانت تقوم هيئة حكومية (برنامج عام) إلى جانب برنامج Medicaid أو Medicare بدفع أية فواتير طبية خاصة بك إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي الوكالة
	TPHI					20 هل يُسبب تحرير فواتير تأمين صحي آخر أية أضرار على صحتك الجسدية أو شعورك العاطفي أو سلامتك وأو هل ستتداخل مع خصوصية وسرية طلبك الخاص بالحصول أو تلقي برنامج Medicaid؟
	ACCES-VR					
	CTHP					
	Family Planning					
	SSA (RSDI)					
	Veteran's Benefits					
	Veteran's Counseling					
	Child Health Plus					
	COBRA Eligibility					
	Nurse's Aide Service					
	Home Care					
	NYSOH					
	MA-Only (DOH-4220)					
	SSI-Related/Chronic Care (DOH-4220 with Supplement A)					
	LDSS-4526 or local equivalent					

ممنوع الكتابة في المناطق المظللة من هذا الطلب

AMOUNT \$	WHO	RECURRING MEDICAL EXPENSES	DATE	WHO	RETROACTIVE MEDICAID

TPHI: YES NO MEDICAL BILLS: YES NO

اختيار النظام الصحي

مطلوب من أغلب الأفراد المقيدين في برنامج Medicaid الانضمام إلى نظام رعاية صحية مدار ما لم يكونوا في فئة معفاة. استخدم هذا القسم لاختيار النظام الصحي. وإذا كنت لا تعرف الأنظمة الصحية المتوفرة، استفسر من الموظف أو اتصل على الرقم 1-800-505-5678

اسم ورقم OB/GYN (ضع علامة إذا كان الموفر حالي)	موفر الرعاية الأولية أو مركز الصحة (ضع علامة إذا كان الموفر حالي)	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري إن كنت حامل)	رقم التعريف (من بطاقة Medicaid إذا كانت لديك)	النوع ذكر/ أنثى	تاريخ الميلاد شهر/يوم/سنة	الاسم الأول	اسم العائلة	اسم الخطة المقيد فيها
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

القسم الواحد والعشرون - المسكن

ما اسم صاحب العقار؟

ما هو عنوان صاحب العقار؟

ما هو رقم هاتف صاحب العقار؟

() _____

إذا كانت الإجابة نعم، المبلغ	لا	نعم	
دولار			هل أنت أو أي شخص آخر يعيش معك مكلف بدفع إيجار أو رهن عقاري أو مصاريف مسكن أخرى؟
دولار			هل أنت أو أي شخص آخر يعيش معك مكلف بدفع فاتورة الغاز بشكل منفصل عن إيجارك أو مصاريف المسكن التي تدفعها؟

IN FILE	DOCUMENTATION	REQUESTED
	Landlord Statement	
	Rent Receipt	
	Tenant of Record	
	Customer of Record	
	Voluntary Restrict	
	Mandatory Restrict	
	Subsidized Housing	
	Mortgage/Title Search	
	Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office	
	Property Lien	
	Shelter/Utility Repayment Agreement	

CONSIDER

- Utility and/or Fuel Restrict
- Utility Guarantee
- HEAP
- Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount
- Foster Care-Related Additional Allowances
- SNAP Household Composition Rules
- SNAP Aged/Disabled Indicator
- Real Property Tax Credit
- AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance
- Property Lien
- If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household

MONTHLY ACTUAL COST	SHELTER COSTS
	A. Room and Board
	B. Rent
	C. Trailer Lot Rent
	D. Mortgage Payment

	Principal	1.
	Interest	2.
	Property Tax (including School Tax)	3.
	Homeowner's Insurance (incl. Fire Insurance)	4.
	Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)	5.
	Assessments (Sewer, etc.)	6.
	E. Total Mortgage Payment (Line 1-6)	
	TOTAL (Lines A - E)	

القسم الواحد والعشرون - المأوى (تابع)					
هل أنت أو أي فرد يعيش معك مكلف بالنفقات التالية بصورة منفصلة عن الإيجار أو نفقات المسكن الأخرى؟					
إذا كانت الإجابة نعم، المبلغ					
WHO IS THE TENANT OF RECORD?	IN WHOSE NAME IS THE BILL? (CUSTOMER OF RECORD)	ACCOUNT NUMBER	NAME OF DEALER	MONTHLY ACTUAL COST	MONTHLY EXPENSES
					Heat* A. 1 دولار
					Electricity (for cooking, lights, hot water) B. 2 دولار
					Gas (for cooking, hot water) C. 3 دولار
					Liquid Propane Gas D. 4 دولار
					Other Utilities or Expenses E. 5 دولار
					Air Conditioning F. 6 دولار
					Utility Installation Fees G. 7 دولار
					Sewer H. 8 دولار
					Trash I. 9 دولار
					Water J. 9
هل تعيش في إسكان عام؟					
هل تعيش في القسم 8، HUD، أو غيرها من المساكن المدعومة؟ 10					
هل تعيش في منشأة للعلاج من تعاطي الكحول/المخدرات؟ 11					

*Check Primary Heat Type:

Other Coal PSC Electric Oil Natural Gas
 Wood Municipal Electric Propane Kerosene

معلومات إضافية						
القسم الثاني والعشرون - نفقات أخرى						
الإفادة بما إذا كنت أنت أو أي فرد يعيش معك سيقدم طلبًا:						
إذا كانت الإجابة نعم، المبلغ						
CHILD IN SNAP HH	LEGALLY OBLIGATED	HOW OFTEN PAID	لا	نعم		
NO	YES	NO	YES			
						1 دولار أمريكي دفع نفقة الطفل
						2 دولار أمريكي دعم نفقة الزوجة
						3 دولار أمريكي دفع رعاية الطفل
						4 دولار أمريكي دفع رعاية المعالين
						5 دولار أمريكي دفع مصاريف الدراسة أو الرسوم أو النفقات التعليمية الأخرى
						6 دولار أمريكي نفقات إضافية (على سبيل المثال: قسط سيارة، مبلغ التأمين على السيارة، مدفوعات بطاقات الائتمان، مدفوعات القروض، إلخ.) تحديد: _____
					<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم 7 هل أنت أو أي فرد يعيش معك سيقدم طلبًا في ذمته أربعة أشهر على الأقل من نفقة طفل دون سن 21 عامًا؟

<p style="text-align: center;">EMERGENCY CASH ASSISTANCE</p> <p style="text-align: center;">Is there an immediate need? If not, why not?</p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p style="text-align: center;">IF TOTAL EXPENSES (INCLUDING EXPENSES NOT USED IN THE BUDGET DETERMINATION) EXCEED INCOME (INCLUDING PA GRANT), EXPLORE HOW THE HOUSEHOLD IS MEETING ITS OBLIGATIONS.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">CONSIDER</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc.</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">✓</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Actual Shelter</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">✓</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Actual Fuel/Utility Costs</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">✓</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Telephone Expenses</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">✓</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Car Expenses</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">✓</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Furniture/Appliance Rental</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">✓</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Cable TV</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">✓</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Tuition</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">✓</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Out-of-Pocket Medical Expenses</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">✓</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 20%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> <div style="width: 20%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> <div style="width: 20%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> <div style="width: 20%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">\$</td> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: right;">Actual Expenses</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">\$</td> <td></td> <td style="text-align: right;">- Actual Income</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">\$</td> <td></td> <td style="text-align: right;">= Difference</td> </tr> </table> <p style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Does Client Receive Contribution Towards Difference If Yes, From Whom? </p> </div>	CONSIDER		Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc.	✓	Actual Shelter	✓	Actual Fuel/Utility Costs	✓	Telephone Expenses	✓	Car Expenses	✓	Furniture/Appliance Rental	✓	Cable TV	✓	Tuition	✓	Out-of-Pocket Medical Expenses	✓		\$		Actual Expenses		\$		- Actual Income		\$		= Difference
CONSIDER																																	
Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc.	✓																																
Actual Shelter	✓																																
Actual Fuel/Utility Costs	✓																																
Telephone Expenses	✓																																
Car Expenses	✓																																
Furniture/Appliance Rental	✓																																
Cable TV	✓																																
Tuition	✓																																
Out-of-Pocket Medical Expenses	✓																																
	\$		Actual Expenses																														
	\$		- Actual Income																														
	\$		= Difference																														

NOTES/COMMENTS

تجميع واستخدام أرقام الضمان الاجتماعي - يحق لكل فرد من أفراد الأسرة فيما يتعلق ببرامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)، تجميع أرقام الضمان الاجتماعي وفقاً لقانون الطعام والتغذية لعام 2008 (وتعديلاته). يجب أن يقدم أي شخص يتقدم بطلب للحصول على مخصصات برنامج (SNAP) رقم الضمان الاجتماعي لكي يتلقاها. إذا كنت لا تملك أنت أو أي فرد يتقدم بطلب رقم الضمان الاجتماعي، حينئذٍ يجب أن يتقدم هذا الشخص بطلب للحصول على رقم الضمان الاجتماعي من خلال إدارة الضمان الاجتماعي (قم بزيارة www.SSA.gov أو اتصل على الرقم 1-800-772-1213).

فيما يتعلق بكافة البرامج الأخرى التي يشترط نموذج الطلب الخاص بها توافر رقم ضمان اجتماعي، بعد أيضاً إلزامياً تجميع أرقام الضمان الاجتماعية ويحق له بموجب قسم أو أكثر من الأقسام التالية للقانون: القسم 205(ج) من قانون الضمان الاجتماعي (42 القانون الأمريكي 405)، القسم 1137 من قانون الضمان الاجتماعي (42 القانون الأمريكي b-71320) والقسم 7(أ) (2) من قانون الخصوصية لعام 1974. راجع دليل التعليمات (PUB-1301 Statewide) أو التحدث إلى دائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك، إذا كان لديك سؤال.

سيتم استخدام المعلومات التي نجمعها لتحديد ما إذا كانت أسرته مؤهلة أو مستمرة في الحصول على المعونة أو المخصصات. سيتم استخدام المعلومات للتحقق من الهوية، والتحقق من الدخل المكتسب وغير المكتسب ولتحديد ما إذا كان الأباء الغائبين بإمكانهم الحصول على تغطية الضمان الصحي للمتقدمين أو المتلقين لتحديد ما إذا كان يمكن للمتقدمين أو المتلقين الحصول على إعالة طفل أو نفقة زواج ولتحديد ما إذا كان المتقدمين أو المتلقين بإمكانهم الحصول على أموال أو معونة أخرى. سوف نتحقق من هذه المعلومات من خلال برامج مطابقة الكمبيوتر. كما سيتم استخدام هذه المعلومات لمراقبة الامتثال للوائح البرنامج وإدارة البرنامج. بالإضافة إلى استخدام المعلومات التي تقدمها لنا بهذه الطريقة، ستستخدم الولاية المعلومات في إعداد إحصاءات عن كل الأشخاص الذين يحصلون على مخصصات من برنامج معونة الطاقة المنزلي (HEAP) (راجع أدناه).

قد يتم الكشف عن هذه المعلومات إلى وكالات فيدرالية أو أخرى بالولاية للفحص الرسمي والمسؤولين عن إنفاذ القانون لغرض إلقاء القبض على الأشخاص الهاربين من القانون. يُمكن استخدام المعلومات التي تم جمعها فيما يتعلق بالمتقدمين والمتلقين لمعونة الأسرة ومعونة شبكة الأمان بما في ذلك أرقام الضمان الاجتماعي للمعونة في تشكيل هيئات المحلفين. إذا نشأت مطالبة تتعلق ببرنامج SNAP ضد أفراد أسرته، فقد يتم إحالة المعلومات الموجودة في الطلب بما في ذلك أرقام الضمان الاجتماعي إلى وكالات فيدرالية وبالولاية فضلاً عن وكالات تجميع المطالبات الخاصة من أجل اتخاذ إجراءات تجميع الدعاوى.

سيتم أيضاً استخدام أرقام الضمان الاجتماعي لأعضاء أفراد الأسرة لديك والكشف عنها بالطريقة الموضحة أعلاه.

بالإضافة إلى استخدام المعلومات التي تقدمها لنا بهذه الطريقة، ستستخدم الولاية المعلومات في إعداد إحصاءات عن كل الأشخاص الذين يحصلون على مخصصات من برنامج معونة الطاقة المنزلي (HEAP). يتم استخدام المعلومات لمراقبة الجودة من قبل الولاية للتأكد من قيام مناطق الخدمات الاجتماعية بأفضل عمل في وسعها. يُستخدم للتحقق من مورد الطاقة الخاص بك للقيام ببعض المدفوعات لهؤلاء الباعة.

إشعار عدم التمييز - يحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو السن أو النوع، وفي بعض الحالات الدين أو المعتقدات السياسية.

كما يحظر على وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو العقيدة الدينية أو الإعاقة أو السن أو المعتقدات السياسية أو الانتقام أو الثأر لنشاط الحقوق المدنية المُسبق في أي برنامج أو نشاط يتم إجرائه أو تمويله من قبل USDA.

يجب أن يتصل الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات برنامج (مثل طريقة برايل، والطباعة الكبيرة، والشريط الصوتي، ولغة الإشارة الأمريكية، وما إلى ذلك) بالوكالة (محلية أو بالولاية) في المكان الذي تم التقدم إليه بطلب للحصول على المخصصات. يجوز للأفراد الذين يعانون من الصمم، أو ضعف السمع أو يعانون من إعاقات الكلام الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم 877-8339 (800). إضافة إلى ذلك، قد تتوفر معلومات البرنامج في لغات بخلاف الإنجليزية.

لتقديم شكوى تمييز في برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)، قم باستكمال نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية، (AD-3027) الموجودة عبر الإنترنت: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html، وفي مكتب وزارة الزراعة الأمريكية أو قم بإرسال رسالة موجهة إلى وزارة الزراعة الأمريكية واذكر في الرسالة كافة المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل على الرقم 632-9992 (866). إرسال رسالة أو نموذج مستوفي إلى USDA من خلال:

(1) البريد: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
Independence Avenue, SW 1400
Washington, D.C. 20250-9410

(2) الفاكس: 690-7442 (202)؛ أو

(3) البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov.

ممنوع الكتابة في المناطق المظللة من هذا الطلب

(تحدث 20/7) LDSS-2921-AR Statewide

للحصول على أي معلومات أخرى في التعامل مع مشاكل معونة التغذية التكميلية (SNAP)، يجب على الأشخاص إما الاتصال برقم خط USDA SNAP الساخن على (800) 221-5689، والذي يتوفر أيضًا باللغة الإسبانية، أو الاتصال بأرقام الخط الساخن/معلومات الولاية (انقر فوق الارتباط للحصول على قائمة بأرقام الخط الساخن حسب الولاية)؛ وهو ما يمكن العثور عليه عبر الإنترنت على: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

لتقديم شكوى بسبب التمييز بخصوص برنامج يتلقى معونة مالية فيدرالية من وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS)، عليك مراسلة HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 أو الاتصال بالرقم (202) 619-0403 (صوتيًا) أو (800) 537-7697 (جهاز TTY).

هذه المؤسسة من موفري الفرص المتكافئة.

تحظر ولاية نيويورك كذلك التمييز القائم على الهوية الجنسية، وكون الفرد مغاير الهوية الجنسية، والانزعاج الجنساني، والتوجه الجنسي، والوضع العائلي متزوج أم غير متزوج، والوضع العسكري، وكون الفرد ضحية عنف أسري، والحالات المتعلقة بالحمل، وخصائص التأهب الوراثي، والسجل العدلي موقوف أو محكوم، والوضع الأسري، والتأثر لمعارضة ممارسات التمييز غير المشروع.

موافقة على إجراء تحقيق - أوافق على إجراء أي تحقيق للتأكد من المعلومات التي قدمتها والتحقق منها، وذلك فيما يتعلق بطلبي الحصول على مخصصات المعونة العامة (PA) أو Medicaid أو برنامج التغذية التكميلية المعونة (SNAP) أو خدمات أو مخصصات برنامج معونة الطاقة المنزلية أو المعونة في رعاية الأطفال. في حالة طلب معلومات إضافية، سأقوم بتوفيرها. كما سأعاون تمامًا مع موظفي الولاية والموظفين الفيدراليين في أي من مراجعات مراقبة الجودة لـ PA و/أو SNAP.

في حالة تقديمي طلب للحصول على برنامج SNAP، أفهم أن دائرة الخدمات الاجتماعية ستطلب المعلومات المتوفرة عبر نظام التحقق من الدخل والأهلية وتستخدمها للتحقق من صحة طلبي، وقد تتحقق من هذه المعلومات من خلال جهات الاتصال الجانبية في حالة وجود أي تناقضات. وأفهم أيضًا أن هذه المعلومات قد تؤثر على أهليتي للحصول على SNAP و/أو مستوى مخصصات SNAP التي أحصل عليها.

الموافقة على نشر معلومات تأمين البطالة السرية - أفوض وزارة العمل بولاية نيويورك (DOL) بنشر أي معلومات سرية تحتفظ بها DOL لأغراض تتعلق بتأمين البطالة إلى مكتب المعونات المؤقتة ومعونة العجز في ولاية نيويورك (OTDA). وتشتمل هذه المعلومات على سجلات الأجور ومستحقات مخصصات تأمين البطالة. أفهم أن OTDA، إلى جانب موظفي الوكالات المحلية ووكالات الولاية العاملين في مكاتب دائرة الخدمات الاجتماعية، سيستخدمون معلومات تأمين البطالة لتحديد أو التحقق من الأهلية والمبلغ المحدد لبرنامج المعونة العامة أو Medicaid أو مخصصات برنامج التغذية التكميلية المعونة أو مخصصات برنامج معونة الطاقة المنزلية أو المعونة في رعاية الأطفال، التي يتم التقدم للحصول عليها في هذا الطلب، ولإجراء تحقيقات تحدد ما إذا كنت قد تلقيت مخصصات لم أكن مستحقًا لها. وقد تشارك OTDA المعلومات أيضًا مع مكتب خدمات الطفل والأسرة في ولاية نيويورك (OCFS) ووزارة الصحة في ولاية نيويورك (DOH). يستخدم OCFS المعلومات لمراقبة برنامج المعونة في رعاية الأطفال.

نشر المعلومات إلى موفري الخدمات - أعطي الإذن إلى دائرة الخدمات الاجتماعية وولاية نيويورك لمشاركة المعلومات المتعلقة بمخصصات المعونة العامة أو برنامج التغذية التكميلية المعونة التي حصلت عليها أنا أو أي فرد من أفراد العائلة الذين يمكنني منحهم تفويض بموجب القانون، لأغراض تتعلق بالتحقق من أهليتي للحصول على الخدمات والسداد المتعلق بإدارة البرنامج المقدمة بواسطة متعاقد محلي أو تابع للولاية. قد تشتمل هذه الخدمات على سبيل المثال لا الحصر على التعيين الوظيفي أو خدمات التدريب المقدمة لمساعدتي أو أفراد أسرتي في الحصول على عمل والحفاظ عليه.

تغيير التقرير - أوافق على إعلام الوكالة فورًا بأي تغيير في عنواني واحتياجاتي ودخلي وممتلكاتي وحالة "البالغين الأصحاء بدنيًا الذين لا يعولون" (ABAWD) الخاصة بي أو حالة الحمل أو ترتيبات المعيشة، إلى حد علمي أو اعتقادي. في حالة تقديمي لطلب للحصول على المعونة في رعاية الأطفال، فأنا أوافق على إعلام الوكالة فورًا بأي تغيير في دخل الأسرة أو من يعيش في منزلي أو ترتيبات رعاية الأطفال أو التوظيف أو التغييرات الأخرى التي قد تؤثر على أهليتي المستمرة أو المبلغ المستحق لي.

العقوبات - تنص قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية على عقوبات بالغرامة أو الحبس أو كليهما إذا لم تقل الحقيقة عند تقديمك للحصول على المعونة العامة أو Medicaid أو برنامج التغذية التكميلية المعونة أو الخدمات أو المعونة في رعاية الأطفال ("المعونة أو المخصصات أو الخدمات") أو في أي وقت عند سؤالك حول مدى أهليتك، أو تسببك في عدم قول شخص ما الحقيقة فيما يتعلق بطلبك أو أهليتك المستمرة. تسري العقوبات أيضًا في حالة إخفائك أو فشكلك في الكشف عن الحقائق فيما يتعلق بأهليتك الأولية والمستمرة للحصول على المعونة أو المخصصات أو الخدمات، أو في حالة إخفائك أو فشكلك في الكشف عن الحقائق التي ستؤثر على حق شخص ما قدمت طلبًا لحصوله على المعونة أو المخصصات أو الخدمات أو مواصلته تلقيها. إذا كنت مثلاً مفوضًا، فيتعين استخدام هذه المعونة أو المخصصات أو الخدمات للشخص الآخر وليس لنفسك. تنص قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية على أن أي نقل لأصول بأقل من القيمة السوقية العادلة من قبل فرد أو زوج/زوجة الفرد، خلال 60 شهرًا قبل أول الشهر الذي يتلقى خلاله الفرد خدمات مرافق الرعاية التمرضية وقدم خلاله طلبًا للحصول على Medicaid، فقد يؤدي ذلك إلى جعل الفرد غير مؤهل للحصول على خدمات مرافق الرعاية التمرضية أو خدمات الإغفاء المنزلية والمجتمعية لفترة من الوقت. من غير القانوني أن تحصل على معونة أو مخصصات أو خدمات من خلال إخفاء المعلومات أو توفير معلومات كاذبة.

عقوبات عدم الأهلية للحصول على برنامج التغذية التكميلية المعونة - أي معلومات توفرها فيما يتعلق بطلبك للحصول على برنامج التغذية التكميلية المعونة (SNAP) ستخضع للتحقق من قبل المسؤولين المحليين والفيدراليين والمسؤولين على مستوى الولاية. إذا كانت أي معلومات غير صحيحة، فقد يتم رفض حصولك على مخصصات SNAP. وقد تخضع للمحاكمة الجنائية إذا كنت تقدم معلومات غير صحيحة تؤثر على الأهلية أو مبلغ المخصصات، عن عمد. أي شخص يُتهم بجناية استخدام أو نقل أو اكتساب أو تغيير أو امتلاك أجهزة الوصول ويطاقات تصريح SNAP عن عمد، قد يتم تغريمه 250,000 دولار، أو سجنه لفترة تصل إلى 20 عامًا، أو كليهما. قد يخضع الفرد أيضًا للمحاكمة بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المعمول بها. أي شخص ينتهك شرطًا من شروط المراقبة أو الإفراج المشروط أو أي شخص يهرب لتجنب المحاكمة أو الاعتقال أو الحبس نتيجة جناية ويتم ملاحقته بواسطة سلطات إنفاذ القانون، يكون غير مؤهل للحصول على مخصصات SNAP.

ممنوع الكتابة في المناطق المظللة من هذا الطلب

قد يتبين أنك غير مؤهل لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية أو تبين أنك قمت بارتكاب انتهاك متعمد للبرنامج (IPV) إذا كنت تدلي ببيان كاذب أو مضلل أو تحريف أو إخفاء أو حجب الحقائق أو من أجل التأهل للفوائد أو الحصول على المزيد من الفوائد؛ وشراء منتج مع مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية بقصد الحصول على المال بالتخلص من المنتج وإعادة الحاوية للحصول على مبلغ الإيداع أو ارتكاب أو محاولة ارتكاب أي فعل يشكل انتهاكاً للقانون الفدرالي أو قانون الولاية لغرض استخدام أو تقديم أو نقل أو اكتساب أو تلقي أو حيازة أو الاتجار بمخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية أو وبطاقات التصريح أو الوثائق قابلة لإعادة الاستخدام كجزء من نظام نقل المخصصات الإلكترونية (EBT). بالإضافة إلى ذلك، لا يسمح بما يلي، وقد تستبعد من الحصول على مخصصات فوائد برنامج المعونة و/أو تخضع لعقوبات للإجراءات التي تشمل:

- استخدام مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية لشراء المواد غير الغذائية، مثل الكحول أو السجائر؛
- استخدام مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية لدفع ثمن الأغذية التي تم شراؤها سابقاً على الائتمان؛
- السماح لشخص آخر لاستخدام بطاقة EBT مقابل المال أو الأسلحة النارية أو الذخيرة أو المتفجرات أو المخدرات أو لشراء الغذاء للأفراد الذين ليسوا من أفراد أسرة برنامج المعونة الغذائية التكميلية الخاص بك؛ أو
- استخدام بطاقات EBT أو وجودها في حوزتك التي لا تعود ملكيتها لك، دون الحصول على موافقة صاحب البطاقة.

الأفراد الذين تبين ارتكابهم انتهاك متعمد للبرنامج إما عن طريق جلسة استماع إدارية للتجريد من الأهلية أو عبر محكمة اتحادية أو ولائية أو محلية أو التوقيع أو بالتنازل عن الحق في جلسة استماع إدارية للتجريد من الأهلية أو اتفاق موافقة التجريد من الأهلية في القضايا المحالة للقضاء التي تكون غير المؤهلة للمشاركة في برنامج المعونة الغذائية التكميلية لفترة:

- 12 شهرًا من أول انتهاك متعمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية؛
 - 24 شهرًا من ثاني انتهاك متعمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية؛
 - 24 شهرًا من أول انتهاك متعمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية الذي يستند إلى إيجاد محكمة أن الفرد استخدم أو تلقى مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية في معاملة تتعلق ببيع المواد الخاضعة للرقابة (أدوية غير قانونية أو بعض الأدوية التي تتطلب وصفة طبية من الطبيب)؛ أو
 - 120 شهرًا إذا تبين أن الفرد قد أدلى ببيان احتيالي عن شخصيته أو المكان الذي يعيش فيه من أجل الحصول على عدة مخصصات من برنامج المعونة الغذائية التكميلية في وقت واحد، ما لم يكن غير مؤهل بشكل دائم لانتهاك متعمد لبرنامج برنامج المعونة الغذائية التكميلية ثالث.
- بالإضافة إلى ذلك، يجوز أن تمنع محكمة فردًا من المشاركة في برنامج المعونة الغذائية التكميلية لمدة 18 شهرًا إضافية.

يمكن أن يكون الفرد غير مؤهل بشكل دائم من تلقي مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية بسبب:

- أول انتهاك متعمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية الذي يستند إلى إيجاد محمة أن الفرد استخدم أو تلقى مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية في معاملة تتعلق ببيع الأسلحة النارية أو الذخائر أو المتفجرات؛
- أول انتهاك متعمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية على أساس إدانة محكمة للإتجار بمخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية بمبلغ 500 دولار أو أكثر مجتمعة (الاتجار يتضمن الاستخدام غير المشروع أو نقل أو اكتساب أو تعديل أو حيازة بطاقات تصريح برنامج المعونة الغذائية التكميلية أو الوصول إلى الأجهزة)؛
- ثاني انتهاك متعمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية الذي يستند إلى إيجاد محكمة أن الفرد استخدم أو تلقى مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية في معاملة تتعلق ببيع المواد الخاضعة للرقابة (أدوية غير قانونية أو بعض الأدوية التي تتطلب وصفة طبية من الطبيب)؛ أو
- ثالث انتهاك متعمد لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية.

متطلبات تقرير/التحقق من نفقات الأسرة – يجب أن تقرر أسرتك نفقات رعاية الأطفال ومصاريف المرافق من أجل الحصول على خصم برنامج المعونة الغذائية التكميلية "سناب" (SNAP) على هذه النفقات. يجب أن تقرر أسرتك وتتحقق من مدفوعات الإيجار/الرهن العقاري والضرائب على الممتلكات والتأمين والنفقات الطبية ودعم الأطفال التي تدفع إلى عضو غير موجود بالأسرة بغية الحصول على خصم برنامج المعونة الغذائية التكميلية على هذه النفقات. سيتم إظهار عدم التقرير/التحقق من النفقات المذكورة أعلاه في صورة بيان بوضوح أن أسرتك لا تريد الحصول على خصم على هذه النفقات غير المقررة/غير المتحقق منها. قد يجعلك خصم هذه النفقات مؤهلاً لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية أو قد يزيد من مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية الخاصة بك. يمكنك تقرير/التحقق من هذه النفقات في أي وقت في المستقبل. يتم بعد ذلك تطبيق الخصم على حساب مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية في الأشهر المقبلة، وفقًا لقواعد تغيير التقرير (راجع تغيير التقرير، أعلاه)

الممثل المفوض للحصول على مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية – يمكنك تفويض شخصًا يعرف ظروف أسرتك لتقديم طلب الحصول على مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) نيابة عنك. كما يمكنك تفويض شخصًا خارج أسرتك للحصول على مخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية نيابة عنك أو استخدامها لشراء طعام لك. إذا كنت ترغب في تفويض شخصًا، فيجب القيام بهذا خطيًا. يجوز لك تفويض شخصًا بكتابة اسم الشخص وعنوانه ورقم هاتفه فورًا أدناه، ومطالبتة بالتوقيع في قسم التوقيع في نهاية تجديد الشهادة هذا. عندما يقدم ممثل مفوض طلبًا نيابة عن أسرة برنامج المعونة الغذائية التكميلية الذي لا يعيش في أي مرفق، يجب أن يوقع كل من الشخص الممثل المفوض وأي فرد بالغ مسؤول من أسرتك على نموذج تجديد الشهادة مع كتابة التاريخ في قسم التوقيع في نهاية هذا الطلب، ما لم يعين أسرة برنامج المعونة الغذائية التكميلية الممثل المفوض للقيام بهذا خطيًا.

اسم وعنوان ورقم هاتف الممثل المفوض (يُرعى الكتابة):

بدل المرافق القياسي - أتفهم أن متلقي المعونة العامة وبرنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) مؤهلون حسب فئة الدخل للحصول على برنامج معونة الطاقة المنزلية (HEAP). أتفهم أيضًا أنه إذا لم أكن أتلقى مخصصات برنامج معونة الطاقة المنزلية أكبر من 20 دولارًا في الشهر الحالي أو 12 شهرًا السابقة أو ميزة معونة طاقة مماثلة، فيجب أن ادفع ثمن التدفئة أو تكييف الهواء بشكل منفصل عن الإيجار الخاص بي من أجل الحصول على بدل المرافق القياسي للتدفئة/التبريد (أي خصم) لبرنامج المعونة الغذائية التكميلية. أتفهم أن الولاية ستستخدم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بي لتحقق من استلام موردي طاقة منزلي لبرنامج معونة الطاقة المنزلية. كما يشمل هذا التصريح السماح لأي من موردي الطاقة المنزلية (بما فيها مرافقي) بنشر معلومات احصائية معينة. بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، التقرير السنوي لاستهلاك الكهرباء وتكلفة الكهرباء واستهلاك الوقود ونوع الوقود وتكلفة الوقود السنوية وتاريخ الدفع إلى مكتب ولاية نيويورك للمعونة المؤقتة والعجز ودائرة الاجتماعية المحلية ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة لأغراض قياس أداء برنامج المعونة في الطاقة للمنازل ذات الدخل المنخفض.

نشر المعلومات الطبية - أوافق على نشر أية معلومات طبية تخصني أو تخص أي فرد من أفراد أسرتي الذين يمكنني منحهم موافقة بواسطة موفر الرعاية الأولية الخاص بي أو أي موفر رعاية صحية أو وزارة الصحة في ولاية نيويورك (DOH) لنظام الصحة الخاص بي و أي من موفري الرعاية الصحية المشاركين في رعايتي أو رعاية أسرتي، عند الضرورة المعقولة لنظام صحي أو الموفرين لتنفيذ المعاملة أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية؛ بواسطة النظام الصحي (أي من موفري الرعاية الصحية إلى وزارة الصحة وغيرها من الوكلاء الفدراليين أو وكلاء الولاية أو المحليين المفوضين لأغراض إدارة برنامج Medicaid؛ ومن خلال النظام الصحي الخاص بي إلى أشخاص أو منظمات أخرى، وعند الضرورة بشكل معقول للنظام الصحي الخاص بي لإجراء عمليات العلاج أو الدفع أو الرعاية الصحية. أعطي تفويضي لنشر أي معلومات تتعلق بالصحة عني أم عن أي فرد من أفراد أسرتي الذين يمكنني منحهم تفويض بموجب القانون يتعلق بتوفير المساعدات والخدمات وقدرتي على المشاركة في أنشطة العمل، بما في ذلك العمل أو إلى مكتب المعونات المؤقتة ومعونة العجز في ولاية نيويورك (OTDA) أو مكتب خدمات الطفل والأسرة في ولاية نيويورك أو دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية، وعند الضرورة بشكل معقول لتوفير مخصصات المعونة العامة؛ للحصول على الخدمات؛ بما في ذلك خدمات رعاية الأطفال؛ لتحديد مهام المناسبة لنشاط العمل؛ لتحديد الحاجة إلى التقديم لمخصصات دخل الضمان التكميلي ولطبها؛ لوضع خطط العلاج المناسبة لاستعادة الوظيفة؛ ولتحديد أهلية الحصول على إعفاءات من الولاية لمهلة ستين شهرًا على استلام المساعدات النقدية. إذا كنت مطالب بتقديم طلب للحصول على المخصصات التي تديرها إدارة الضمان الاجتماعي، فقد يتم مشاركة المعلومات المحددة أعلاه مع إدارة الضمان الاجتماعي. كما أوافق على أن المعلومات المنشورة قد تشمل معلومات فيروس نقص المناعة البشرية أو الصحة النفسية أو الكحول وتعاطي المخدرات عني وعن أفراد أسرتي، إلى الحد الذي يسمح به القانون، ما لم يتم وضع علامة على المربع أدناه. إذا كان هناك أكثر من فرد بالغ في الأسرة مشترك في الخطة الصحية لبرنامج Medicaid، فمن الضروري توقيع كل فرد بالغ على الطلب للموافقة على مشاركة المعلومات. أتفهم قدرتي على الموافقة على نشر المعلومات المتعلقة بأبي أطفال قصر الذين يمكنني منحهم موافقة محدودة وفقًا للمدي الذي يمكنني الحصول به على معلومات بشأن العلاج والتشخيص والإجراءات نيابة عنهم.

_____ لا تكشف عن معلومات فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز _____ لا تكشف عن معلومات تعاطي المخدرات والكحول

_____ لا تكشف عن ملومات الصحة النفسية

نشر المعلومات لموفري الخدمة الصحية - أعطي الإذن لدائرة الخدمات الاجتماعية وولاية نيويورك بتشارك المعلومات مع موفري الخدمات الصحية، كما ترى دائرة الخدمات الصحية أو ولاية نيويورك، بشأن مخصصات المعونة العامة التي حصلت عليها أو حصل عليها أي فرد من أفراد أسرتي الذين أستطيع تفويضهم قانونًا أو تلك التي أكون أنا أو يكون ذلك الفرد مؤهلاً للحصول عليها، وذلك لأغراض تحسين جودة رعايتي الصحية وصالح العام، وتسهيل استلام المخصصات الإضافية التي أكون أنا مؤهلاً، أو يكون أفراد أسرتي مؤهلين، للحصول عليها.

نشر السجلات التعليمية - أعطي إذن لوزارة الصحة في ولاية نيويورك ودائرة الخدمات الاجتماعية من أجل: (1) الحصول على أي معلومات بشأن السجلات التعليمية الخاصة بي و/أو أطفالي القصر، المذكور هنا، بما في ذلك المعلومات الضرورية للمطالبة بتعويض برنامج Medicaid عن الخدمات التعليمية ذات الصلة بالصحة؛ (2) وتوفير وصول الوكالات الحكومية الفدرالية المناسبة لهذه المعلومات لأغراض التدقيق فيها فقط.

نشر المعلومات لبرنامج التدخل المبكر - إذا تم تقييم طفلي للمشاركة في برنامج التدخل المبكر في ولاية نيويورك، فأعطي إذن إلى دائرة الخدمات الاجتماعية وولاية نيويورك لتبادل معلومات أهلية برنامج Medicaid الخاصة بطفلي مع برنامج التدخل المبكر في مقاطعتي أو البلدية لغرض فواتير برنامج Medicaid.

برنامج رعاية صحة الطفل/المراهق - أتفهم إذا كان طفلي مشترك في برنامج Medicaid أو يمكن أن يحصل على الرعاية الوقائية والأولية الشاملة، بما في ذلك جميع العلاج الضروري من خلال برنامج رعاية صحة الطفل/المراهق. يمكنني الحصول على مزيد من المعلومات حول هذا البرنامج من دائرة الخدمات الاجتماعية.

MEDICARE - أفوض المدفوعات بموجب "Medicare" (الجزء ب من العنوان الثامن عشر، برنامج الضمان الصحي التكميلي) لتتم مباشرة إلى الأطباء والموردين الطبيين على أي فواتير غير مدفوعة مستقبليًا للخدمات الطبية والصحية الأخرى المقدمة لي أثناء تأهلي لبرنامج Medicaid.

سداد النفقات الطبية

MEDICAID - لديك الحق كجزء من طلب برنامج Medicaid أو خلال عامين من تاريخ طلبك، أن تطلب سداد النفقات التي دفعتها للرعاية الطبية المشمولة والخدمات والإمدادات المتلقاة أثناء فترة الثلاثة أشهر من شهر طلبك. بعد تاريخ طلبك، سيكون سداد تكاليف الرعاية الطبية والخدمات والإمدادات المشمولة متاح فقط إذا تم الحصول عليها من الموفرين المسجلين في Medicaid.

تعيين التأمين/المخصصات الأخرى والدفع المباشر – بالنسبة لمعونة العامة والطبية، أو أفق على أي مطالبة بشأن مخصصات التأمين الصحي أو تأمين حوادث، والسعي لتحقيق أي مطالبات إصابة شخصية أو أي موارد أخرى التي يحق لي المطالبة بها، وبموجبه، أسند مثل هذه الموارد إلى دائرة الخدمات الاجتماعية التي يقدم إليها هذا الطلب. بالإضافة إلى ذلك، سأساعد في جعل أي مخصصات معينة متوفرة لدائرة الخدمات الاجتماعية التي يقدم إليها هذا الطلب.

أفوض المدفوعات المستحقة لي أو لأفراد أسرتي لمخصصات التأمين الصحي أو تأمين الحوادث لتتم مباشرة لدائرة الخدمات الاجتماعية المناسبة للخدمات الطبية والصحية الأخرى المقدمة أثناء تأهيلي لبرنامج Medicaid.

استرداد MEDICAID – عند تلقي برنامج Medicaid، يمكن تقديم امتياز وقد يتم الاسترداد لملكية عقارية خاصة بك بموجب شروط معينة إذا كنت في مؤسسة طبية ومن غير المتوقع أن تعود للمنزل. قد تسترد MA ما دفعته نيابة عنك من الأشخاص الذين لديهم مسؤولية قانونية لدمكم في وقت الحصول على الخدمات الطبية. يجوز للمعونة الطبية أيضاً استرداد تكلفة الخدمات والأقساط المدفوعة بشكل غير صحيح.

أتفهم أنه اعتباراً من 1 ابريل 2014، إذا حصلت على برنامج Medicaid من خلال وزارة الصحة في ولاية نيويورك:

- لن يتم وضع أي امتياز في الملكية العقارية الخاصة بي قبل وفاتي.
- الاسترداد من الأصول في حوزتي عند موتي يقتصر على المبلغ الذي يدفعه برنامج Medicaid لتغطية تكاليف رعاية دار المسنين والخدمات المنزلية والمجتمعية والمتعلقة بخدمات المستشفيات والأدوية بوصفها المتلقاة في عيد ميلادي الخامس والخمسون أو بعده.

استرداد المعونة العامة – المعونة العامة (PA) التي تتلقاها نفسك وللأشخاص المسؤول عن دعمهم قانونياً غير قابلة للاسترداد من الممتلكات أو الأموال التي تملكها أو قد تحصل عليها. قد تكون هناك حاجة، كشرط لتلقي المعونة العامة، لعمل نقل ملكية أو رهن عقاري للعقارات التي تملكها. قد يتم أخذ استرداد الضرائب وأجزاء من أرباح اليا نصيب لتسديد الديون الخاصة بك عن المعونة العامة.

تفويض لإعادة سداد مخصصات المعونة العامة من دخل الضمان التكميلي بأثر رجعي – أفوض مفوض إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) لاستخدام الدفعة الأولى من دخل الضمان التكميلي (SSI)؛ أي دفعة دخل الضمان التكميلي بأثر رجعي) للسداد إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية (SSD) للمعونة العامة (PA) حيث تدفع دائرة الخدمات الاجتماعية من الصناديق المحلية أو الولاية أثناء تقرير إدارة الضمان الاجتماعي أهليتي لدخل الضمان التكميلي. لن تسدد إدارة الضمان الاجتماعي إلى دائرة الخدمات الاجتماعية للحصول على المعونة العامة تكاليف دفعت باستخدام أي صناديق فدرالية.

سأكون ملتزم بهذا التفويض فقط إذا قدمت الولاية إشعاراً إلى إدارة الضمان الاجتماعي يفيد بقيامي وممثل دائرة الخدمات الاجتماعية بالتوقيع عليه. يجب أن تقدم الولاية إشعاراً في غضون 30 يوماً تقويمياً من تطابق سجل دخل الضمان التكميلي مع سجل الولاية. لن تقبله إدارة الضمان الاجتماعي بعد مرور 30 يوماً تقويمياً. بدلاً من ذلك، سترسل لي إدارة الضمان الاجتماعي دفعة دخل الضمان التكميلي بأثر رجعي بموجب قوانين إدارة الضمان الاجتماعي.

يمكن استخدام الدفعة الأولى لدخل الضمان التكميلي الخاص بي فقط. إذا كانت الدفعة الأولى أكبر من المبلغ المملوك لدائرة الخدمات الاجتماعية، فسترسل إدارة الضمان الاجتماعي بقية المبلغ لي بموجب قوانينها.

يمكن أن تسدد إدارة الضمان الاجتماعي إلى دائرة الخدمات الاجتماعية في حالتين:

- (1) سوف تسدد إلى دائرة الخدمات الاجتماعية إذا قدمت للحصول على دخل الضمان التكميلي ووجدتني إدارة الضمان الاجتماعي مؤهلاً.
- (2) سوف تسدد إلى دائرة الخدمات الاجتماعية إذا أعيدت مخصصات دخل الضمان التكميلي الخاصة بي قد بعد إنهاؤها أو تعليقها.

ستسدد إدارة الضمان الاجتماعي إلى دائرة الخدمات الاجتماعية للحصول على المعونة العامة التي كانت تدفع لي أثناء انتظاري تحديد إدارة الخدمات الاجتماعية الأهلية. يطلق على هذا "المعونة المؤقتة". تبدأ الفترة مع: (1) الشهر الأول الذي أصبح فيه مؤهلاً لدفعة مخصصات دخل الضمان التكميلي؛ أو (2) في اليوم الأول لإعادتي بعد تعليق دخل الضمان التكميلي أو إنهاؤه. تتضمن الفترة مدفوعات دخل الضمان التكميلي الشهرية التي بدأت بالفعل. إذا تعذر على دائرة الخدمات الاجتماعية إيقاف دفعة المعونة العامة الأخيرة، فتنتهي الفترة في الشهر التالي.

يجب أن ترسل دائرة الخدمات الاجتماعية في موعد لا يتجاوز 10 أيام بعد تسديد إدارة الخدمات الاجتماعية إشعاراً لي تخبرني بسداد مبلغ المعونة المؤقتة. سيخبرني الإشعار أيضاً بأن إدارة الخدمات الاجتماعية سترسل خطاباً تخبرني بالطريقة التي سيتم بها إرسال أي أموال دخل تأمين تكميلي متبقية مملوكة لي بواسطة إدارة الخدمات الاجتماعية وهذا في حالة عدم موافقتي على قرار الولاية وكيفية الطعن في قرار الولاية.

يجوز لإدارة الخدمات الاجتماعية بموجب قوانينها استخدام تاريخ توقيعي هذا التفويض كتاريخ أول تاهل لي لدخل الضمان التكميلي. سأقوم بهذا فقط إذا قدمت طلباً للحصول على دخل الضمان التكميلي في غضون 60 يوماً المقبلة.

ينطبق هذا التفويض على أي طلب أو طعن دخل الضمان التكميلي لدي الآن منظور أمام إدارة الخدمات الاجتماعية. ينتهي هذا التفويض في حالة تقرير حالة دخل الضمان التكميلي الخاصة بي بالكامل. ينتهي عند أول دفع لإدارة الخدمات الاجتماعية لي. يمكن أن أتفق والولاية على إنهاء التفويض. يجب أن أوقع على تفويض جديد يتفق مع قوانين ولاية نيويورك إذا تقدمت بطلب للحصول على دخل الضمان التكميلي بعد إنهاء هذا التفويض أو إذا قدمت مطالبة دخل ضمان تكميلي جديدة أثناء حصولي على طلب دخل ضمان تكميلي أو بانتظار الطعن.

ستعطي لي الفرصة لمحاكمة عادلة لو لم أتفق مع قرار دائرة الخدمات الاجتماعية بخصوص السداد.

تلقيت نسخة من كتيب بعنوان "الأموال التي يلزم معرفتها بشأن برامج الخدمات الاجتماعية". أتفهم ما يقال عن المعونة المؤقتة.

الدعم – التقديم للحصول على معونة الأسرة (FA) أو معونة شبكة الأمان (SNA) أو عمليات رعاية الطفل Title IV-E باعتبارها مهمة للولاية ودائرة الخدمات الاجتماعية لأي حقوق للدعم من أي شخص آخر الذي قد يكون مقدم الطلب أو قد يكون المتلقي حقه أو نيابة عن أي فرد من أفراد الأسرة الآخرين الذين يقدم مقدم الطلب أو المتلقي نيابة عنهم أو التلقي والمعونة (قانون الخدمات الاجتماعية، الأقسام 158 و 348). تقتصر هذه المهمة على حالات معينة. تتضمن الأقسام الأخرى من هذا الطلب مهام إضافية.

تعيين حقوق الدعم – أسند إلى الولاية ودائرة الخدمات الاجتماعية عن أي حقوق لدي للدعم من أشخاص لديهم مسؤولية قانونية لدعمي وأي حقوق لدي للدعم بالنيابة عن أي فرد من أفراد الأسرة الذين أقدم لهم طلبًا للمعونة أو اتلقاها عنهم. عند تقديم طلبًا أو تلقي معونة الأسرة أو معونة شبكة الأمان، يقتصر تعييني لحقوق الدعم على الدعم المستحق خلال الفترة التي اتلقى فيها و/أو أي فرد من أفراد الأسرة المعونة. ومع ذلك، فإن أي حقوق دعم قمت بتعيينها للولاية نيابة عن نفسي أو أي فرد من أفراد الأسرة قبل 1 أكتوبر 2009، لا تزال تعين إلى الولاية.

برنامج معونة الطاقة المنزلية – أتفهم أنه بتوقيعي هذا الطلب/ الشهادة، أوافق على إجراء أي تحقيق للتحقق أو تأكيد المعلومات التي أعطيتها وتحقيق الآخرين من خلال أي وكالة حكومية مصرح لها بالاتصال مع مخصصات برنامج معونة الطاقة المنزلية (HEAP). كما أوافق على السماح باستخدام المعلومات المقدمة في هذه الشهادة في الإحالة إلى برامج المعونة في تخفيض استهلاك الطاقة المتاح وبرامج مرافق شركتي ذات الدخل المنخفض.

أتفهم أن الولاية ستستخدم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بي للتحقق من استلام موردي طاقة منزلي لبرنامج معونة الطاقة المنزلية. كما يشمل هذا التصريح السماح لأي من موردي الطاقة المنزلية (بما فيها مرافقي) بنشر معلومات احصائية معينة بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، التقرير السنوي لاستهلاك الكهرباء وتكلفة الكهرباء واستهلاك الوقود ونوع الوقود وتكلفة الوقود السنوية وتاريخ الدفع إلى مكتب ولاية نيويورك للمعونة المؤقتة والعجز ودائرة الاجتماعية المحلية ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة لأغراض قياس أداء برنامج المعونة في الطاقة للمنازل ذات الدخل المنخفض.

معلومات الاعتداء الجنسي - إذا كنت ضحية لاعتداء جنسي، ف لديك الحق في طلب معلومات الإحالة من دائرة الخدمات الاجتماعية. إذا طلبت معلومات الإحالة، فيجب على دائرة الخدمات الاجتماعية إمدادك بعناوين وأرقام هواتف أي: (1) المستشفيات المحلية التي تقدم خدمات الفاحص الشرعي للاعتداء الجنسي المصدقة من قبل وزارة الصحة في ولاية نيويورك. (2) مراكز أزمات الاغتصاب المحلية؛ و(3) خدمات المناصرة والاستشارة والخط الساخن المحلية المناسبة لضحايا الاعتداء الجنسي. بالإضافة إلى ذلك، يجب على دائرة الخدمات الاجتماعية إمدادك بالخط الساخن لولاية نيويورك الخاص بالاعتداء الجنسي وأرقام العنف الأسري: 942-6906 (800) و 818-0656 (800) (TTY).

شهادة المعونة في رعاية الأطفال - إذا قدمت طلبًا للحصول على المعونة في رعاية الأطفال ، فأنتي أشهد أن موارد أسرتي لا تتجاوز 1,000,000 دولار.

لقد قرأت وفهمت الملاحظات أعلاه. أفهم وأوافق على التنازلات والتفويضات والموافقات أعلاه. أقسم و/أو أكد تحت عقوبات قسم الزور بأن المعلومات التي أعطيتها أو سأعطيها إلى دائرة الخدمات الاجتماعية كاملة وصحيحة.			
توقيع مقدم الطلب	تاريخ التوقيع	توقيع شريك الحياة أو الممثل الحارس	تاريخ التوقيع
X		X	
توقيع الممثل المفوض	تاريخ التوقيع		
X			

لا تُكْمَل ما يلي إلا إذا كنت تريد سحب طلبك من أجل برنامج واحد أو أكثر من برنامج.

أوافق على سحب طلبي من أجل:

- المعونة العامة (PA) رعاية الأطفال عوضًا عن المعونة العامة برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) برنامج التغذية التكميلية المعونة (SNAP) وخدمات (MA) Medicaid خدمات برنامج Medicaid والمعونة العامة، بما في ذلك الرعاية الأبوية المؤقتة المعونة العامة في الطوارئ فقط

أدرك أنه يمكنني إعادة التقديم في أي وقت.

تاريخ التوقيع

توقيع الممثل مقدم الطلب/المفوض

X



NYS Agency-Based Voter Registration Form

"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"

- YES** If you checked **YES**, please complete the **VOTER REGISTRATION APPLICATION** below
- NO** because I choose not to register **OR**
- I am already registered at my current address **OR**
- I asked for and received a mail registration form

If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.

Signature _____ Date _____ / _____ / _____

Please Print Name _____

Important!

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency. If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683

으로 전화하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি বাংলা ভাষায় চান, তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফন করুন

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

Yes, I need an application for an Absentee Ballot **Please print or type in blue or black ink** Yes, I would like to be an Election Day worker

1	Are you a U.S. citizen? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered NO , do not complete this form	2	A) Will you be 18 years old on or before election day? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO B) Are you at least 16 years of age and understand that you must be 18 years of age on or before election day to vote, and that until you will be eighteen years of age at the time of such election your registration will be marked "pending" and you will be unable to cast a ballot in any election? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered NO to both of the prior questions, you cannot register to vote.	For Board Use Only
3	Last Name _____ First Name _____		Middle Initial _____ Suffix _____	
4	Address where you live (do not give P.O. box) _____ Apt. No. _____		City/Town/Village _____ Zip Code _____	County _____
5	Address where you get your mail (if different than above) _____		Post Office _____	Zip Code _____
6	Date of Birth _____	Gender (optional) 7 _____	Telephone (optional) 8 _____	Email (optional) _____
10	The last year you voted _____	Your address was (give house number, street and city) _____		
	In county/state _____	Under the name (if different from your name now) 9 _____		
11	Political Party I wish to enroll in a political party <input type="checkbox"/> Democratic party <input type="checkbox"/> Libertarian party <input type="checkbox"/> Republican party <input type="checkbox"/> Independence party <input type="checkbox"/> Conservative party <input type="checkbox"/> SAM party <input type="checkbox"/> Working Families party <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Green party I do not wish to enroll in any political party and wish to be an independent voter <input type="checkbox"/> No party			
	ID Number (Check the applicable box and provide your number) <input type="checkbox"/> New York State DMV number _____ <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security number _____ <input type="checkbox"/> I do not have a New York State DMV or Social Security number			
	Affidavit: I swear or affirm that <ul style="list-style-type: none"> • I am a citizen of the United States. • I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election. • I will meet all requirements to register to vote in New York State. • This is my signature or mark on the line below. • The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years. 			
	Signature or Mark in ink _____			Date _____ / _____ / _____

(Optional) Register to donate your organs and tissues



Last Name _____		
First Name _____	Middle Initial _____	Suffix _____
Address _____		
Apt Number _____	City/Town/Village _____	Zip Code _____
Birth Date _____	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Eye Color _____	Height _____ Ft. _____ In.	
Email _____	DMV or ID NYC Number _____	

By signing below, you certify that you are:

- 16 years of age or older
- Consent to donate all of your organs and tissues for transplantation, research, or both;
- Authorizing the Board of Elections to provide your name and identifying information to NYS Donate Life Registry for enrollment;
- And authorizing the Registry to allow access to this information to federally regulated organ procurement organizations and NYS-licensed tissue and eye banks and others approved by the NYS Commissioner of Health hospitals upon your death.

Signature _____

Date _____ / _____ / _____

Qualifications for Registration

You Can Use This Form To:

- register to vote in New York State;
- change your name and/or address, if there is a change since you last voted;
- enroll in a political party or change your enrollment;
- pre-register to vote if you are 16 or 17 years of age.

To Register You Must:

- be a U.S. citizen;
- be 18 years old (you may pre-register at 16 or 17 but cannot vote until you are 18);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in prison or on parole for a felony conviction (unless parole pardoned or restored rights of citizenship);
- not claim the right to vote elsewhere; and
- not found to be incompetent by a court.

NYS Board of Elections
40 North Pearl St, Suite 5
Albany, NY 12207-2729

Telephone: 1-800-469-6872;

TDD/TTY users contact the New York State Relay at 711;
or visit our web site - www.elections.ny.gov

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/or information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, to be used only for voter registration purposes.

Verifying your identity

We will try to check your identity before Election Day, through the DMV number (driver's license number or non-driver ID number), or the last four digits of your social security number, which you will fill in Box 9.

If you do not have a DMV or Social Security number, you may use a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, paycheck, government check or some other government document that shows your name and address. You may include a copy of one of those types of ID with this form.

If we are unable to verify your identity before Election Day, you will be asked for ID when you vote for the first time.

To complete this form:

It is a crime to procure a false registration or to furnish false information to the Board of Elections.

Box 9: You must make one selection. For questions refer to Verifying your identity above.

Box 10: If you have never voted before, write "None." If you can't remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write "Same."

Box 11: Check one box only. Political party enrollment is optional but that, in order to vote in a primary election of a political party, a voter must enroll in that political party, unless state party rules allow otherwise.